

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 91

Contribution à l'Etude DE l'Ulcère Syphilitique Gastrique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 3 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François REBOUL

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né à MEZIÈRES (Ardennes) le 30 Juin 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ULCÈRE SYPHILITIQUE GASTRIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 91

Contribution à l'Etude DE l'Ulcère Syphilitique Gastrique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3^e Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François REBOUL

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né à MEZIÈRES (Ardennes) le 30 Juin 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924.

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIOUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X...
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	X.
	PIC.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, président ; ROUBIER, assesseur ;
FAVRE et CHALIER J., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Sa vie toute de bonté, de dévouement et
de droiture restera pour nous le plus cher
exemple.

A MA MÈRE

Humble hommage de profonde reconnais-
sance et de mon inaltérable affection.

A MA FEMME

Témoignage d'infinie tendresse.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS
*Professeur de Clinique Dermato-Vénérologique
de l'Université de Lyon
Médecin de l'Antiquaille
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Pour le grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE
*Médecin des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a aidé de ses conseils bienveillants.
Témoignage de respectueuse gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS ET DES HÔPITAUX DE PARIS ET DE LYON
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ ET DES HÔPITAUX MILITAIRES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ULCÈRE SYPHILITIQUE GASTRIQUE

INTRODUCTION

La notion de syphilis gastrique est d'acquisition relativement récente. Les anciens auteurs ne paraissent pas avoir soupçonné cette localisation viscérale importante du « virus vénérien ». C'est Andral qui, en 1834, eut le premier l'idée de l'étiologie syphilitique possible de certaines gastropathies. Par ses deux belles observations de gastrites chroniques, guéries rapidement par le traitement mercuriel, il a ouvert la voie aux recherches, qui se sont multipliées depuis, et a contribué à la création de ce nouvel et important chapitre de la pathologie gastrique.

Considérée par Gaillard comme une rareté, la syphilis de l'estomac, dont le diagnostic est devenu plus facile grâce aux méthodes d'investigation nouvelles (Bordet-Wassermann, examens radioscopiques), se révèle aujourd'hui relativement fréquente.

Dieulafoy, Fournier, Hayem ont fixé les grandes lignes cliniques de cette affection. Cornil, Chiari, Birch-Hirschfeld, Aristoff, Hemmeter, Pater en ont posé les bases anatomo-pathologiques.

Les travaux plus récents ont eu surtout pour but de nous mieux fixer sur sa fréquence, ses lésions, ses modalités cliniques, ses complications, son diagnostic, son traitement. Leur multiplicité nous montre quel puissant intérêt continue à susciter cette question de la syphilis gastrique. Son diagnostic est, en effet, de ceux qui autorisent un pronostic généralement favorable et l'espoir des plus beaux succès thérapeutiques.

« Si l'esprit médical, dit M. Læper, après avoir presque nié la syphilis gastrique, tend aujourd'hui systématiquement à la rechercher dans tous les cas de dyspepsie un peu durable, c'est qu'il compare les trois ordres de thérapeutique des affections chroniques de l'organe : médicale, chirurgicale, spécifique, et qu'il préfère les résultats rapides et souvent définitifs de cette dernière aux simples palliatifs et aux opérations dangereuses. »

Ainsi, comme le réclamait Fournier, pense-t-on plus souvent, de nos jours, à la syphilis de l'estomac. Si, malgré cette attention croissante, le diagnostic en reste encore rare, c'est à l'absence de signes pathognomoniques, qu'il faut l'attribuer. Alors que son domaine apparaît de plus en plus vaste, sa symptomatologie reste une symptomatologie d'emprunt. La syphilis gastrique est, en pathologie digestive, la grande simulatrice, la « bonne à tout faire », comme le dit Ramond, et réalise les syndromes gastriques les plus divers : tantôt elle revêt la forme d'une dyspepsie banale, d'une gastrite chronique douloureuse ; tantôt elle en impose pour un cancer ; très souvent, elle réalise le syndrome ulcéreux le plus typique ;

nous aurons épuisé toutes les formes qu'elle peut revêtir, quand nous aurons signalé les sténoses : pyloriques, médio-gastriques ou multiples (estomac ficelé syphilitique de Favre), elles apparaissent comme les complications des deux formes précédentes. Enfin, il n'est pas jusqu'à cette affection si spéciale, décrite sous le nom de linite plastique, caractérisée par une sclérose diffuse de l'organe et, longtemps considérée comme de nature purement cancéreuse, que ne puisse réaliser la syphilis (petit estomac syphilitique de Leven et Barret).

Ces différentes modalités cliniques ont fait l'objet de nombreux travaux. Nous n'envisagerons ici que la forme ulcéreuse de la syphilis gastrique : c'est la variété la plus fréquente (1/3 des cas au moins) ; sa symptomatologie, le plus souvent calquée sur celle de l'ulcère simple, soulève un problème de diagnostic étiologique qui nécessite, dans l'état actuel de nos connaissances, les ressources d'un sens clinique avisé ; l'étude anatomo-pathologique de cet ulcère prête à des considérations intéressantes sur la pathogénie des lésions ulcéreuses, réalisées par la syphilis au niveau de l'estomac ; à cette question enfin, se rattache le problème des rapports de l'ulcère rond et de la syphilis, dont l'intérêt pratique est indiscutable.

Nous devons l'idée de ce travail à M. le Professeur agrégé FAVRE. Nous l'en remercions très sincèrement. Il fut pour nous la source d'enseignements précieux ; car, tandis que nous rassemblions les documents de

cette thèse, nous pûmes nous convaincre, en fréquentant son service de l'Hôtel-Dieu, de l'importance de cet examen minutieux, attentif et patient des malades, qui seul permet de dépister la syphilis derrière les symptômes d'apparence banale qu'elle emprunte trop souvent et de substituer une thérapeutique spécifique, seule efficace, aux traitements symptomatiques inopérants.

C'est à sa bienveillante obligeance que nous devons également les deux observations que nous rapportons dans ce travail. Elles constituent les véritables documents inédits de cette thèse et attirent, une fois de plus, l'attention sur la fréquence de la coexistence de l'ulcus syphilitique et de manifestations de tabes incipiens. Nous consacrerons à ces faits un chapitre de cette étude.

Dans l'une de ces observations, le traitement spécifique n'empêcha pas la perforation de l'ulcère. Malgré la précocité de l'intervention chirurgicale, le malade succomba. L'examen histo-pathologique, pratiqué par M. le Professeur agrégé FAVRE, montra qu'il s'agissait de lésions très particulières, d'une interprétation difficile, rappelant celles de la linite. De tels faits apportent leur contribution à l'étude, encore si discutée, de la nature de la linite plastique.

2

L'Ulcère rond de Cruveilhier.

Avant Cruveilhier, il semble bien que les anciens cliniciens aient observé et distingué des lésions ulcéreuses symptomatiques de causes diverses, dont peut être le siège la muqueuse gastrique, cette curieuse ulcération, à début lent et insidieux, de cause mystérieuse, d'évolution chronique, coupée de réveils douloureux et mettant en danger la vie des malades par ses complications soudaines et dramatiques : hémorragies ou ruptures.

Une des plus anciennes observations ayant trait à cet ulcère date de 1622. Elle est de Jean Scultet. D'autres observations ont été rapportées par Gratius (1695), Littré (1704), Baillie (1803), Albercrombie (1830).

Mais c'est à Cruveilhier (1835-1856) que revient le mérite d'avoir fait de cette affection une entité morbide bien individualisée. Il en a fixé avec précision la symptomatologie; il en a observé et décrit avec soin les lésions. Les travaux modernes n'ont rien ajouté

d'essentiel à ces deux chapitres. Par contre, nous leur devons d'ingénieuses méthodes d'examens : étude du chimisme gastrique, recherche des hémorragies occultes et surtout radioscopie de l'estomac qui sont passées dans la pratique courante et qui apportent journellement à la clinique les éléments de contrôle dont elle a parfois besoin. Le diagnostic peut donc être posé avec certitude. Là, malheureusement, s'arrête la satisfaction du clinicien : car, nous n'avons à opposer à ce mal, dont Brinton signalait déjà la forte létalité (50 %), aucune thérapeutique spécifique. Sans doute, le repos, joint au régime lacté et au pansement bismuthé, permet d'améliorer quelquefois les ulcéreux. Mais, pour un succès, combien d'échecs, combien de rechutes ou de récidives désespérantes, combien de dénouements imprévus et tragiques, le malade succombant à une de ces complications sans appel : la gastrorragie foudroyante ou la perforation en péritoine libre.

C'est devant cette insécurité de la thérapeutique médicale, mais surtout devant le risque constitué par ces complications graves, que l'on a fait appel à la science des chirurgiens. De belles interventions sont chaque jour pratiquées sur des malades porteurs d'ulcères douloureux, sténosants, hémorragiques : la gastro-entérostomie, mais surtout l'excision large de l'ulcère, comptent d'indéniables succès. Mais, que sont ces interventions, sinon des palliatifs incertains, quelquefois même dangereux, auxquels nous avons recours en l'absence d'un traitement spécifique de l'ulcère, qui reste à trouver.

La thérapeutique médicale doit être pathogénique, sous peine de n'être point. C'est ce qu'ont très bien compris les chercheurs qui se sont efforcés d'élucider la pathogénie de l'ulcère rond. Nous ne rappellerons pas la multiplicité des travaux basés sur des recherches cliniques, chimiques, anatomo-pathologiques et expérimentales, qui ont eu pour but de résoudre cette question, ni la multiplicité des hypothèses auxquelles ils ont donné lieu. Aucune de ces hypothèses n'apparaît, en elle-même, satisfaisante. Aucune n'est applicable à tous les cas. Leur multiplicité même révèle notre incertitude. Faut-il, avec certains auteurs, admettre alors une théorie éclectique, qui reconnaît à l'ulcère des causes multiples (traumatiques, circulatoires, trophiques, infectieuses), et qui voit dans l'action du suc gastrique le facteur le plus important de l'évolution chronique et progressive de cette lésion ? Une telle théorie présente l'avantage de concilier toutes les hypothèses. Elle a l'inconvénient de ne fournir de base à aucune thérapeutique spéciale. Aussi, certains esprits préfèrent-ils se rallier aux conclusions que Debove et Renault publiaient en 1892, dans un travail sur l'ulcère de l'estomac :

« Devant les caractères si particuliers de l'ulcère, disaient-ils, devant ses symptômes cliniques si tranchés, nous sommes conduits à en faire une maladie spécifique, c'est-à-dire de cause spéciale. Mais la nature de cette cause, nous l'ignorons complètement. »

Certains faits, qui n'étaient d'ailleurs pas inconnus de Debove et Renault, mais dont l'importance et surtout la fréquence n'ont été mises en évidence que dans

ces toutes dernières années, ont paru donner à leur hypothèse un commencement de confirmation.

Dès 1834, Andral avait signalé la possibilité d'une étiologie syphilitique de certaines gastropathies. Observant une malade dont les désordres gastriques n'avaient pu être améliorés par aucun traitement et constatant chez elle des ulcérations syphilitiques du pharynx, il avait eu l'idée de rapporter la gastropathie à la syphilis. Le succès rapide du traitement spécifique avait démontré le bien-fondé de son hypothèse. Une nouvelle observation, aussi démonstrative que la première, lui avait fourni, quelques années plus tard, l'occasion d'insister sur l'importance de tels faits. « S'il est vrai, écrivait-il, que les ulcérations de la muqueuse buccale ou pharyngienne reconnaissent pour cause le virus vénérien et qu'on leur oppose avec succès le traitement mercuriel, nous ne voyons pas pourquoi des ulcérations ou d'autres lésions des parties plus profondes des muqueuses ne pourraient pas reconnaître la même cause et céder au même traitement. »

Ainsi posé, le problème de l'existence de la syphilis gastrique, et plus particulièrement de l'ulcère gastrique d'origine syphilitique, ne pouvait être résolu que grâce à des observations nombreuses, précises, démonstratives. Les séduisantes hypothèses d'Andral n'eurent pas le retentissement qu'elles méritaient. Les cliniciens, s'ils ne nièrent pas la syphilis gastrique, la considérèrent comme très rare. On y pensa peu, on

ne la rechercha pas, elle ne fut qu'exceptionnellement diagnostiquée.

En 1858, Fauvel présenta le premier cas de lésions ulcéreuses de l'estomac attribuées à la syphilis. Puis vinrent des observations de Lancereaux (1864), de Dujardin-Beaumetz (1866), de Fioupe. En 1886, Gailard publia le premier travail documenté sur les rapports de la syphilis gastrique et de l'ulcère simple de l'estomac. Ses conclusions furent qu'on ne pouvait considérer la syphilis que comme une cause exceptionnelle de la maladie de Cruveilhier. Il ne pouvait faire mieux, en l'absence d'observations plus nombreuses. Aussi, ne s'étonne-t-on pas que Debove et Renault, dans leur étude publiée six ans plus tard, n'aient pas songé à discuter l'origine syphilitique de l'ulcère rond. Les données manquaient. Ils préférèrent avouer leur ignorance.

De nos jours, on ne discute plus l'importance du rôle de la syphilis en pathologie gastrique. L'ulcère d'origine syphilitique, dont Dieulafoy et Fournier ont rapporté de si belles observations, est la forme la plus fréquemment signalée. Quelle est sa symptomatologie ? Quelle est son évolution, son pronostic ? Quelles sont ses lésions, quels sont ses rapports avec la maladie de Cruveilhier et que faut-il en conclure, quant à l'origine syphilitique possible de cette affection ? C'est ce qu'il nous faut étudier maintenant.

L'Ulcère syphilitique gastrique.

L'ulcère syphilitique gastrique est étroitement apparenté à la maladie de Cruveilhier. Longtemps confondu avec elle, il ne doit d'en être distingué aujourd'hui qu'à son étiologie nettement définie. C'est, pourrait-on dire, un ulcère qui « fait sa preuve », à côté de tant d'autres dont l'origine nous échappe encore.

Aussi, ne nous étonnons-nous pas que *sa symptomatologie* soit, dans l'ensemble, celle de l'ulcère rond, avec ses caractères essentiels : douleur xipho-rachidienne, vomissements, gastrorragies.

C'était l'opinion de Fournier : « L'estomac lésé par la syphilis, disait-il, n'a pas, pour exprimer sa souffrance, de troubles fonctionnels différents de ceux qui servent d'expression à des lésions gastriques de causes très différentes. » Aussi, concluait-il à la difficulté du diagnostic clinique de l'ulcère syphilitique, qu'on ne pouvait, selon lui, identifier qu'en y pensant et en instituant le traitement spécifique d'épreuve.

A l'heure actuelle, nous possédons des éléments d'appréciation inconnus de Fournier : Bordet-Wassermann, radiographie. De plus, certains observateurs, reprenant l'étude de l'ulcus syphilitique gastrique, du point de vue clinique, ont signalé quelques particularités symptomatiques du syndrome ulcéreux chez les syphilitiques, intéressantes à connaître.

Le début est quelquefois insidieux ; c'est, d'emblée, sans symptômes gastriques antérieurs, que surviennent les premières manifestations de l'ulcère.

On a signalé l'horaire irrégulier des paroxysmes douloureux, qui seraient moins influencés par les repas, que dans l'ulcus banal. Le caractère surtout nocturne des douleurs a été noté dans quelques cas (Rosanow, Douglas). Les accès douloureux sont parfois si violents qu'ils évoquent le tableau des crises gastriques du tabes. Fait essentiel : la cure de repos et de régime ne les améliore pas.

Le chimisme gastrique révélerait assez souvent de l'hypochlorhydrie, notion d'un intérêt réel pour le diagnostic d'un syndrome où l'hyperchlorhydrie est la règle.. Lœpper a signalé une abondance particulière des lymphocytes dans le liquide gastrique de prélèvement. C'est là un signe de moindre valeur, car il se rencontre aussi dans la tuberculose ulcéreuse de l'estomac.

Par contre, ce qui constitue la principale caractéristique clinique de l'ulcus syphilitique gastrique, c'est sa tendance hémorragique. Ce sont les hémorragies qui prédominent dans les observations rapportées par Fioupe, Murchinson, Fournier, Dieula-

foy. Dans les deux cas que nous rapportons, l'un de nos malades était « saigné à blanc », quand il arriva dans le service, à la suite de mélènas, particulièrement abondants ; l'autre avait vomi une pleine cuvette de sang la veille de son entrée à l'hôpital. Ordinairement très abondantes, ces hémorragies se répètent avec désespérance, comme dans l'une des observations de Fournier. Parfois, soudaines et foudroyantes, au point d'évoquer l'« exulceratio simplex » de Dieulafoy, elles peuvent aboutir rapidement à la mort, si l'on ne songe à instituer le traitement spécifique. Rarement, elles se traduisent par de petites hémorragies occultes ; plus rarement encore, elles manquent.

Ces quelques particularités cliniques, qui ne constituent, en réalité, que « des modifications contingentes, souvent à peine apparentes, d'un fond symptomatique commun à tous les ulcus » permettent-elles d'orienter le *diagnostic* ?

Certaines, comme celles se rapportant au syndrome douloureux, paraissent inconstantes et n'ont pas été observées avec une suffisante fréquence pour qu'on puisse leur accorder une valeur significative. Les données du chimisme gastrique, lorsqu'elles révéleront de l'hypochlorhydrie, devront retenir plus l'attention. Quant à l'abondance des hémorragies, elle devra faire suspecter l'ulcus syphilitique, surtout lorsque ces hémorragies se montreront rebelles aux traitements habituels. Ceci est vrai d'ailleurs pour tous les autres symptômes de l'ulcus : l'échec du traitement classique (repos, régime lacté), qui, presque toujours, améliore les ulcéreux, doit constituer une présomption en

faveur de l'origine syphilitique de la lésion. Ce seul soupçon doit engager le médecin à poursuivre son enquête et à rechercher la syphilis chez son malade. Il ne faut pas attendre l'aveu : elle sera souvent niée ; elle peut être ignorée ; la syphilis héréditaire est, dans la majorité des cas, toujours méconnue. C'est l'interrogatoire et l'examen attentif du malade qui révéleront, tantôt des stigmates de spécificité ancienne, tantôt des lésions évolutives cutanées ou viscérales, parfois d'autres lésions manifestement syphilitiques : aortite, paralysie générale, tabes. Les deux malades dont nous rapportons les observations, présentaient des signes de tabes au début. C'est une association qui n'est pas rare et qu'il faut savoir rechercher.

La réaction de Bordet-Wassermann complètera ces recherches, mais une réaction négative ne devra, en aucun cas, faire éliminer la syphilis. Enfin, il ne faudra pas négliger les renseignements que peut fournir la ponction lombaire chez les syphilitiques : lymphocytose rachidienne, Wassermann positif, hyperalbuminose. Pour certains auteurs, l'hyperalbuminose isolée serait fréquente et traduirait tantôt le début d'un processus spécifique méningé ; tantôt, au contraire, elle serait le reliquat d'une méningite syphilitique antérieure. Dans les deux cas, sa constatation aurait une valeur diagnostique. Cette hyperalbuminose coexistait chez un de nos malades, avec un Wassermann faiblement positif, sans formule lymphocytaire associée.

Quoiqu'il en soit, si le malade est reconnu syphilitique, il faut instituer un traitement d'épreuve. Il n'est

pas impossible, en effet, que des lésions ulcéreuses banales de l'estomac ne puissent survenir chez un syphilitique avéré. L'épreuve thérapeutique constituera donc la dernière étape du diagnostic, la plus importante, et le sanctionnera par la rapidité et la netteté de ses résultats locaux et généraux. Faut-il, en l'absence de tous commémoratifs de spécificité, renoncer à tenter le traitement antisypilitique ? Nous ne le croyons pas. « On ne peut guère qu'être utile à son malade en essayant, avec prudence, le traitement spécifique », disait Fournier. C'est, en particulier, dans les cas suspects, soit par leur allure clinique, soit par leur évolution, soit par leur résistance au traitement classique et, dans certains cas graves (hémorragies à répétition), que ce traitement trouvera encore son indication. On aura parfois l'heureuse surprise d'assister à des succès inattendus. L'efficacité rapide du traitement spécifique constitue donc une véritable « pierre de touche » dans la syphilis gastrique et, peut être, le meilleur élément de diagnostic.

Que conclure, par contre, de son insuccès ou de son action insuffisante ? Il faut ici faire des réserves. Il est certains accidents syphilitiques vis-à-vis desquels le traitement se montre lent à agir. Il faut savoir ne pas se laisser rebuter trop vite par un insuccès apparent du début et poursuivre la thérapeutique spécifique. Dans d'autres cas, les lésions qui conditionnent l'ulcère (vasculaires, parfois névritiques), sont peu influencées par les agents antisypilitiques : l'amélioration est à peine sensible. Enfin, l'action du traitement est nulle, lorsqu'on l'oppose à des lésions ulcé-

reuses anciennes, envahies par la sclérose, définitives.

Dans l'une de nos observations, l'échec de la thérapeutique fut expliqué par des complications de nature spéciale, que révéla l'examen histo-pathologique des lésions.

En pratique, nous devons retenir que dans bien des cas le traitement fait merveille. Il faut, pour retrouver un peu de l'enthousiasme des anciens cliniciens, relire les belles cures que lui doivent Fournier et Dieulafoy, et surtout ne pas ignorer *les complications*, toujours graves, parfois mortelles, auxquelles restent exposés les malades porteurs d'ulcères syphilitiques gastriques méconnus.

La guérison spontanée est rare. Par contre, l'ulcus gastrique aboutit fréquemment à la sténose pylorique ou médio-gastrique. Tardivement, la transformation cancéreuse est à craindre. Mais, très souvent, la perforation ou l'hémorragie foudroyante risquent d'emporter le malade, avant que le diagnostic n'ait été posé.

Le *pronostic* de l'ulcus syphilitique gastrique est donc entièrement subordonné au diagnostic, nous pourrions dire, au diagnostic précoce de la nature de cette lésion. Ce diagnostic, nous l'avons vu, en l'absence de signes pathognomiques, ne peut être établi avec toute la certitude voulue : les symptômes observés, les antécédents, la coexistence d'accidents spécifiques, la réaction de Bordet-Wassermann constituent des présomptions en faveur de l'origine syphilitique de l'ulcère. Pratiquement, l'efficacité du traitement spécifique apporte seule une certitude. L'inefficacité,

par contre, ou les résultats incomplets ne signifient pas que la syphilis n'est pas ou ne fut pas la cause des symptômes observés.

Ces conclusions nous font comprendre comment certains cliniciens ont pu, tout naturellement, se demander si l'ulcère rond n'était pas une manifestation directe ou indirecte de la syphilis acquise ou héréditaire : l'ulcère syphilitique, qui ne s'en distingue, en somme, ni par sa symptomatologie, ni par son évolution, et que le traitement spécifique peut ne pas toujours nettement influencer, ne serait, peut-être, qu'une forme plus curable de la maladie de Cruveilhier, caractère que pourrait expliquer la nature des lésions en cause ?

Hypothèse, en somme vraisemblable, que, pour essayer de confirmer, ils ont soumise au contrôle des faits. Les statistiques ne lui sont pas favorables : Lang, en 1865, Castaigne, en 1918, n'ont pu retrouver d'antécédents spécifiques chez les ulcéreux, que dans 20 % des cas. Le Noir, tout récemment, a porté ce chiffre à 28 %. C'est une proportion faible, malgré tout, qui ne constitue pas un argument de grande valeur.

Par contre, la fréquence de réactions sérologiques positives, dans les cas d'ulcère simple, serait plus impressionnante. Encore n'ignorons-nous pas l'infidélité de ces réactions, qui ne nous révèlent certainement pas tous les cas de syphilis. Il faudrait, pour pouvoir conclure, des statistiques portant sur un assez grand nombre de cas, basées sur des réactions systématiquement pratiquées et exécutées avec soin.

Restent les données de l'*anatomie pathologique*. Nous apportent-elles des précisions plus grandes ? Permettent-elles de différencier avec netteté les lésions de la syphilis ulcéreuse de celles, bien connues, de l'ulcère rond ? Telle est la question qui se pose à nous et que nous abordons la dernière pour respecter l'ordre des faits.

La forme ulcéreuse de la syphilis la plus typique est celle qui correspond à l'ouverture d'une gomme ramollie dans la cavité gastrique. L'examen macroscopique d'une telle lésion permet, le plus souvent, une identification rapide. Hemmeter a donné une très bonne description de cet ulcère d'origine gommeuse : Les bords irréguliers, l'absence de cet « aspect en gradins », si caractéristique, la présence de dépôts jaunâtres et gélatineux sur les parois, comme sur le fond de l'ulcère, l'infiltration gommeuse des parties voisines sont autant de caractères qui permettent de le différencier de l'ulcère rond. Toutefois, ces traits distinctifs sont loin d'être toujours réalisés. Il se peut aussi que, très nets au début, ils tendent à s'effacer et à disparaître avec le temps, par suite de la destruction des vestiges gommeux et de leur remplacement par du tissu de sclérose.

L'examen microscopique révèle, dans cette forme : l'infiltration gommeuse des parois, l'abondance des productions conjonctives et la constance des lésions d'endartérite et d'endophlébite oblitérante.

L'importance de ces lésions vasculaires, si spéciales à l'infection syphilitique, est la caractéristique essentielle d'une autre forme d'ulcus spécifique qu'ont par-

ticulièrement bien étudiée MM. Cade et Morénas. L'ulcère résulte alors, selon l'expression déjà ancienne de Tripier, « d'altérations inflammatoires destructives résultant d'oblitérations vasculaires, qui sont suivies de nécroses dans le tissu sus-jacent ».

L'aspect macroscopique de cet ulcère ne le distingue en rien de l'ulcère rond. Seule l'histo-pathologie révèle la prédominance des lésions d'endo et de péri-artérite qui, pour ces auteurs, doit suffire à faire mettre en cause la syphilis. Or, si nous considérons que ces lésions artérielles sont de constatation banale dans la paroi des ulcus, il faut reconnaître que le diagnostic n'est plus ici qu'une question de nuances, entre l'ulcère rond et l'ulcus syphilitique par endartérite.

Aussi comprenons-nous mieux les hésitations du microscope, et combien, dans certains cas, il lui est difficile de conclure.

Si, donc, l'examen des lésions permet parfois l'identification de l'ulcère d'origine spécifique, il faut avouer que bien souvent il ne fournit que des présomptions en faveur de cette étiologie, quand, ce qui n'est pas rare, il ne reste pas tout à fait négatif.

L'anatomie pathologique, dans l'état actuel de nos connaissances, n'apporte donc pas une solution décisive au problème que nous lui proposons de résoudre : Il est impossible d'affirmer que l'ulcère le plus banal ne dépende pas de la syphilis, au moins dans un grand nombre de cas. Telle est la conclusion à laquelle il faut s'en tenir en attendant de nouvelles recherches.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FAVRE)

RÉSUMÉ. — *Syndrome d'ulcère gastrique apparu brusquement chez un syphilitique, quatre ans après la contamination : Les douleurs, par leurs caractères de soudaineté, de violence, leur type constrictif, rappellent les crises gastriques des tabétiques ; pas de vomissements ; pas d'hématémèses ; par contre, mélènas extrêmement abondants : spoliation sanguine énorme ayant abouti à un état d'anémie aiguë grave. — L'examen attentif révèle des manifestations discrètes de tabes : Abolition du réflexe rotulien gauche, abolition des deux achilléens, douleurs erratiques dans les membres inférieurs. — Traitement spécifique novarséno-benzolique : Amélioration rapide de l'état général, augmentation de poids de 7 kilos en deux mois, disparition complète de tous les troubles dyspeptiques. Ces résultats confirment le diagnostic d'ulcus syphilitique gastrique, chez un tabétique.*

Quelque temps après, en plein traitement, complication subite : perforation de l'ulcère. Intervention chirurgicale (enfouissement-épiplooplastie) n'empêchant pas l'issue fatale.

COMPTE RENDU D'AUTOPSIE, EXAMEN HISTO-PATHOLOGIQUE. —

Ulcus calleux de la petite courbure ; perforation lenticulaire. — Epaissement énorme des tuniques gastriques au voisinage de la rupture. — Aspect curieux des lésions : Les parois de l'ulcère sont le siège d'une infiltration diffuse, dont les caractères cytologiques rappellent ceux de la linite plastique.

D..., 57 ans, maçon, entre dans le service le 30 mai 1923, salle Détrouat. Il se plaint d'éprouver depuis quelques jours de fréquents malaises, s'accompagnant de vertiges, de sensations d'extrême faiblesse et de violente oppression.

Antécédents héréditaires imprécis : parents morts très âgés.

Le malade, très fatigué, ne donne que fort peu de renseignements sur lui-même et sur l'histoire de la maladie. Néanmoins, il ne paraît pas avoir présenté d'affection aiguë ou chronique digne d'être rapportée. Ethylisme certain.

Ce qui frappe, dès l'abord, chez ce malade, c'est son état de pâleur impressionnante, obligeant à poser, d'emblée, le diagnostic d'anémie aiguë grave, dont il reste à déterminer la cause.

L'examen systématique des divers appareils fournit les renseignements suivants :

Appareil pulmonaire : rien à signaler, sauf quelques râles ronflants disséminés.

L'examen cardiaque reste négatif : pouls rapide, mais bruits du cœur normaux, bien frappés ; pas de souffle anémique cervical ou oculaire.

L'abdomen est souple, ne présentant en aucun point une sensibilité anormale. Il n'existe pas de tuméfaction nette de la rate. Il semble que, profondément, dans la région vésiculaire, on puisse atteindre le foie qui paraît dur.

Urines : ni sucre, ni albumine, bien que le malade affirme qu'un récent examen, fait avant son entrée à l'hôpital, ait révélé la présence de glucose.

Par contre, l'examen du système nerveux montre : une abolition totale du réflexe rotulien gauche, la disparition des réflexes tendineux des deux pieds. Les pupilles, égales, se

contractent bien à la lumière, sans toutefois maintenir longtemps leur contraction. Le malade présente du Romberg, mais on n'en peut tenir compte en raison de son état de faiblesse très accusé. Pas de Babinski. La spécificité que cet ensemble de signes oblige à envisager est énergiquement niée.

3 juin. — Le malade est traité dans le service depuis trois jours, quand apparaît un nouveau symptôme, d'importance capitale, donnant une orientation précise au diagnostic, et fournissant en même temps l'explication des signes si frappants d'anémie qu'il continue à présenter : Pendant trois jours, en effet, apparaissent des selles marc de café, pâteuses, correspondant à des mélénas abondants. L'examen de l'abdomen ne fournit aucun renseignement nouveau : le ventre est toujours souple, non douloureux, spontanément, et à la palpation, à tous les étages.

Par contre, un interrogatoire serré sur le passé gastrique de ce malade peut être mené à bien et se montre particulièrement instructif : Il y a quelques mois, sans troubles dyspeptiques prémonitoires, sont apparues de violentes douleurs gastriques, survenant sans aucune périodicité et sans aucune relation avec les repas. Il semblait au malade « qu'on lui comprimait le creux épigastrique ». Ces crises douloureuses survenaient brutalement, duraient dix à quinze minutes et disparaissaient aussi brusquement qu'elles étaient apparues. Un jour, dans le tramway, la douleur fut assez vive pour que le malade soit obligé de descendre. C'est au cours de ces périodes douloureuses qu'il remarqua que ses selles avaient pris l'aspect de boudin et qu'il évacuait même des caillots. C'est alors que le malade éprouva ces sensations vertigineuses, avec tendance à la syncope, qui le décidèrent à venir consulter.

Nous apprenons encore que le malade a été traité il y a quatre ans pour une sciatique qui a duré deux mois environ, et qu'enfin il éprouve depuis plusieurs semaines déjà des sensations d'élancements dans les membres inférieurs, qu'il compare à des décharges brusques l'obligeant à plier les jambes.

Apportant une dernière précision à l'histoire de ce malade, un mot de son médecin nous signale qu'il a contracté la

syphilis il y a quatre ans, mais qu'il s'est toujours refusé à l'admettre et à se laisser traiter.

La cicatrice du chancre peut être retrouvée.

Le Bordet-Wassermann est positif dans le sang.

Le traitement spécifique est accepté. On assiste à une rapide amélioration.

8 juillet 1923. — L'histoire de ce malade peut donc être résumée de la façon suivante : Il s'agit d'un sujet indemne de tout passé gastrique, d'excellent état général, qui, ayant contracté la syphilis, il y a quatre ans, a vu subitement apparaître dans ces derniers mois, des phénomènes dyspeptiques douloureux, véritables crampes d'estomac, se manifestant à peu près chaque jour, mais obéissant à un horaire très variable. Ces crampes survenaient en effet, tantôt à jeûn, tantôt plus ou moins longtemps après les repas, le plus souvent la nuit, réveillant le malade. Jamais de vomissements, ni alimentaires, ni bilieux, mais, par contre, quelques pituites matutinales, en relation possible avec l'intoxication éthylique certaine.

C'est deux mois après le début de ces troubles dyspeptiques que cet homme, rentrant du travail, fut pris d'un malaise subit : cette syncope atténuée fut en relation avec une hémorragie interne abondante que le malade commença à extérioriser les jours suivants sous forme de mélènas, qui se prolongèrent deux ou trois jours. Dans la suite, les hémorragies se reproduisirent fréquemment et, à plusieurs reprises, le malade constata que ses matières étaient noires comme du boudin.

A son entrée dans le service il était saigné à blanc.

Actuellement, après deux mois de traitement, représenté par une série de Novarséno-benzol de 0,15 à 0,90, la transformation est une véritable résurrection. Le teint est frais et rose, l'augmentation de poids atteint 7 kilos, l'appétit est revenu à l'adresse de tous les aliments quels qu'ils soient, les hémorragies évidentes ou occultes ne se sont plus reproduites, le malade ne souffre plus du tout.

La spécificité certaine, les troubles dyspeptiques apparus après la contamination, l'horaire moins fixe des phénomènes douloureux, les paroxysmes nocturnes, l'importance de la

spoliation sanguine, sont autant de signes, qui ont été décrits dans l'ulcus spécifique.

Quand on passe à l'examen somatique, on constate, outre la cicatrice du chancre, des modifications de la réflexivité tendineuse : les deux achilléens ont disparu, le rotulien gauche, plus faible que le droit, est pratiquement supprimé. Le réflexe de flexion de l'avant-bras gauche est de même diminué. Il n'y a pas d'Argyll-Robertson. Le Romberg signalé à l'entrée n'est pas retrouvé aujourd'hui. Il n'a pas été pratiqué jusqu'ici de ponction lombaire. Par contre, la réaction de Wassermann est très positive dans le sang.

Pour toutes ces raisons, étiologiques, cliniques, humorales et surtout thérapeutiques, le diagnostic d'ulcus spécifique s'impose de façon formelle.

24 juillet 1923. — Nous apprenons que notre malade qui était venu le matin même dans le service se faire faire une injection de Néosalvarsan, a dû être admis d'urgence dans le service de chirurgie de M. le Professeur Bérard.

(Nous devons les renseignements chirurgicaux, relatifs à ce malade, à l'obligeance de M. le Docteur Vergnory, qui le vit à son arrivée à l'hôpital et l'opéra.)

Examiné vers onze heures du soir, il dit souffrir atrocement depuis cinq heures de l'après-midi dans la région épigastrique et beaucoup plus qu'au moment de ses anciennes crises.

L'examen de l'abdomen révèle : une grosse contraction douloureuse sus-ombilicale. Pas de vomissements. Pouls : 90. Température : 38°4. Refroidissement des extrémités. On se décide pour le diagnostic de perforation et non pour celui de crises tabétiques.

Intervention : Perforation lenticulaire d'un ulcus calleux de la petite courbure. Enfouissement incomplet, épiplooplastie. Liquide louche dans le ventre.

Suites opératoires : abondantes fistules gastriques ; affaiblissement progressif sans signes marqués de péritonite. — Décès le 31 juillet, à onze heures du matin.

L'autopsie ne nous apprend rien de nouveau.

Par contre, l'examen histologique des coupes faites au niveau de l'ulcère, pratiqué par M. le Professeur agrégé Favre, s'est montré particulièrement instructif.

(Note communiquée par M. le Docteur FAVRE.)

Les pièces concernant ce malade m'ont été remises longtemps après le prélèvement. Les fragments de l'estomac avaient été fixés par le liquide de Bouin. Ces fragments, très volumineux, immergés dans peu de liquide, ont été mal fixés et ne permettent pas une étude cytologique fine, ce qui pour une semblable observation eut été d'un très grand intérêt.

— Ce qui frappe tout d'abord, au simple examen des fragments gastriques prélevés au voisinage de la rupture, c'est l'énorme épaissement des tuniques gastriques. Les parois de l'estomac ont plus que doublé d'épaisseur ; elles sont dures, résistantes, hypertrophiées en masse.

— L'examen, à un petit grossissement, pour montrer l'ensemble de la coupe, révèle des lésions extrêmement diffuses et qui intéressent toute l'épaisseur de la paroi gastrique. La couche des glandes manque en certains points et c'est la sous-muqueuse gastrique qui vient alors affleurer la surface de l'estomac. Dans les points où elle est conservée, la couche glandulaire présente des lésions de signification inflammatoire : il existe une infiltration entre les glandes, dont les culs-de-sac sont séparés les uns des autres, mais on reconnaît encore au niveau de ces culs-de-sac les cellules constitutives des glandes gastriques. La partie supérieure de cette couche glandulaire est, le plus souvent, homogène, très altérée, les cellules y sont difficilement colorables. Au sein de cette muqueuse, dans les points où la structure reste avec les caractères que nous avons indiqués, on trouve, en quelques endroits, de petits infiltrats lymphoïdes, des sortes de cavités kystiques revêtues d'une fine enveloppe conjonctive, qui sont creusées au sein même de la couche glandulaire, dans sa partie profonde... En ces points, où la muqueuse ne paraît pas profondément modifiée, sinon par un processus de gastrite interstitielle, les glandes s'arrêtent à la musculaire muqueuse, partiellement conservée et épaissie. Mais, en d'autres points, la musculaire muqueuse devient moins nette. L'aspect de la muqueuse n'est plus seulement celui d'une inflammation interstitielle et l'on voit appa-

raître, dans les couches profondes des glandes, des infiltrations plus ou moins étendues de cellules de signification probablement épithéliale, réunies au sein d'une cavité, dont les dimensions sont variables, ou, paraissant infiltrer diffusément, sans cavité préformée, la partie inférieure de la zone des glandes.

Nous retrouverons ces infiltrats cellulaires, non seulement dans la zone sous-glandulaire, mais aussi très profondément dans la sous-muqueuse excessivement modifiée, énormément épaissie, transformée en un véritable tissu tendiniforme. Nous les retrouverons dans la couche musculaire, qu'en certains points, ils dissocient. Nous les retrouverons également dans la région la plus externe des tuniques gastriques, région sous-péritonéale, elle-même extrêmement épaissie. Car, ce qui caractérise les modifications qu'ont subies les tuniques gastriques, c'est, non seulement, ainsi que nous l'avons dit, l'infiltration diffuse par des éléments peut être épithéliaux, mais c'est l'énorme épaississement de toutes les tuniques sous-glandulaires, c'est, pour employer l'expression qui traduit le mieux l'intensité et la nature si spéciale de ces modifications, la sclérose ou cirrhose hyperthrophique des parois gastriques. On ne saurait assez insister sur ce dernier point. Dans la région sous-péritonéale, par exemple, on rencontre d'immenses plages de tissu fibreux, qui sont encore le siège, en certains points, d'une inflammation active, laquelle se traduit par la présence de nombreuses cellules conjonctives jeunes et de lits de cellules mononucléées. En d'autres points, la fibrose est beaucoup plus avancée et le tissu bien moins cellulaire. Ces nappes de tissu fibreux enserrant des îlots de tissu adipeux qui sont eux aussi en voie de transformation inflammatoire.

Les vaisseaux, que l'on rencontre surtout dans la région sous-péritonéale, sont manifestement épaissis ; quelques-uns sont oblitérés, et, c'est peut-être à des vestiges de ces vaisseaux que sont dus les bouquets de fibres musculaires aberrantes, véritables petits myomes, que l'on rencontre très à distance de la couche musculaire.

Il nous faut, maintenant, revenir sur les infiltrats que nous avons signalés, et qui constituent, avec le processus

de fibrose et d'épaississement interstitiel, le caractère le plus frappant des très curieuses et profondes lésions que fera étudier l'estomac de ce malade. Nous avons dit, que ces infiltrations se rencontraient dans des sortes de cavités, creusées au sein des tuniques gastriques, mais que l'on pouvait aussi rencontrer des trames d'éléments cellulaires, infiltrées dans le tissu, réduites parfois à une seule unité cellulaire ou à des nappes sans limites précises, que l'on rencontre jusque dans la tunique sous-péritonéale.

Rien ne rappelle ni dans l'aspect des éléments cellulaires, ni dans leur topographie, le néoplasme gastrique de type commun. L'aspect des infiltrats, leur diffusion au sein de tuniques épaissies, font bien plutôt penser aux lésions de la linite plastique.

Dans les points, où les cellules forment de gros amas au sein de cavités creusées dans le tissu conjonctif, elles constituent le long des parois du kyste un revêtement à assises généralement multiples, le centre de la cavité étant représenté par des cellules devenues incolores et par des débris granuleux. Ces cellules ne rappellent pas le type glandulaire gastrique. Elles sont de taille irrégulière ; un très grand nombre présente des phénomènes de picnose ; quelques-unes, des signes de division indirecte. Le noyau est généralement volumineux ; il présente un ou deux nucléoles. Certains de ces nucléoles atteignent d'assez grandes dimensions ; ils sont répartis dans une chromatine nucléaire disposée en un semis de petits grains un peu irréguliers. Les fixations imparfaites, qui, malheureusement, ne permettent pas l'étude cytologique extrêmement précise d'une pièce d'aussi grand intérêt, ont rendu le noyau de certaines de ces cellules, homogène, entouré d'une zone de protoplasma hémateïphile ; mais, sur les éléments mieux fixés, l'existence de gros nucléoles est très visible.

Que sont de tels éléments ? Ils ressemblent beaucoup à des éléments épithéliaux, n'ont pas de caractères qui les rapprochent des cellules des lignées conjonctives. Nous avons dit qu'ils diffèrent presque aussi complètement des cellules épithéliales gastriques. M. le Professeur Paviot, que l'examen de notre pièce a vivement intéressé, a soulevé l'hypothèse

d'une origine nerveuse de ces cellules ; mais, s'il s'agit de névromes, la signification de l'ensemble du processus n'en reste pas moins extrêmement suggestive. Elle l'est peut-être encore davantage, si l'on suppose que des éléments d'un névrome diffus, comme il s'en développe parfois dans les tuniques du tube digestif enflammé (appendice), ont pu présenter un caractère aussi nettement infiltrant, cancéroïde, si l'on nous permet l'expression, que celui que nous avons cherché à esquisser.

Ce sont ces altérations si profondes des tuniques gastriques qui ont préparé la rupture. Nous n'avions plus affaire à un estomac présentant les lésions ordinaires d'une inflammation syphilitique, mais à des réactions tout à fait particulières, que rien n'empêche d'ailleurs de considérer comme étant sous l'étroite dépendance de la syphilis elle-même ; et nous savons bien, depuis les travaux de M. Tripier, jusqu'à quel haut degré elle est susceptible de pousser les déviations cellulaires et tissulaires.

Il faut noter encore que, dans toute l'épaisseur des parois gastriques, existe une infiltration microbienne dense, formée de bacilles extrêmement nombreux. Cette invasion est peut-être de signification cadavérique. M. Favre l'a observée dans tous les cas de linite plastique, qu'il a eu l'occasion d'étudier. Elle existe très loin des foyers de rupture et ne se rencontre à ce degré dans aucune lésion habituelle commune des tuniques gastriques.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé FAVRE)

RÉSUMÉ. — *Hématémèses abondantes, chez un malade présentant des crises gastriques typiques, révélatrices d'un tabes au début. — Les manifestations cliniques de ce tabes sont peu nombreuses et doivent être attentivement recherchées : Perturbations des réflexes. — Hyperalbuminose isolée du liquide céphalo-rachidien. — B. W. du liquide : faiblement positif. — Résultats remarquables du traitement : Cessation des douleurs et des hémorragies. — Gain de 11 kilos.*

L. F..., 51 ans, mécanicien. Entre le 27 avril 1923. Salle Détrouyat. Se plaint de douleurs d'estomac, et aurait présenté la veille des vomissements noir goudron, qui l'ont alarmé et l'ont décidé à venir consulter.

A. H. : Père mort à 55 ans, d'affection indéterminée. Mère morte à 40 ans. Le malade appartient à une famille de six enfants, dont deux sont morts : le premier à 15 ans, d'anémie pernicieuse (?), l'autre à 43 ans, d'affection pulmonaire aiguë.

Marié deux fois, il a perdu sa première femme, selon toute probabilité, de bacillose pulmonaire : aucun enfant n'est né de ce premier mariage. Sa seconde femme est en bonne santé, n'a pas d'enfants, n'a jamais eu de fausses couches.

A. P. : Fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans. Bon état général depuis.

Le début des troubles actuels remonte à 1915. C'est alors qu'il était au front que sont apparues les premières douleurs d'estomac. Ces douleurs extrêmement intenses siègent au creux épigastrique et irradient en ceinture jusque dans le dos. D'apparition variable, elles sont sans rapport avec l'heure des repas, ni avec la nature de l'alimentation. Ces paroxysmes douloureux durent un, deux jours, puis cessent brusquement et, le malade redevient un homme normal, se

réalimentant largement, ne s'astreignant à aucun régime et digérant tout.

Jusqu'alors ni vomissements, ni hématemèses, ni mélènas n'ont accompagnés ces crises.

Il y a un mois, après une longue période de rémission, les crises sont réapparues, avec les mêmes caractères qu'autrefois, mais de plus en plus violentes, bientôt intolérables. C'est au cours d'un de ces paroxysmes extrêmement douloureux, que sont apparus les vomissements noirs goudron, qui ont tant alarmé le malade par leur répétition, leur abondance, les phénomènes généraux qui les ont accompagnés : sueurs froides, vertiges, tendance syncopale.

A l'examen, le 27 avril, nous trouvons un malade amaigri, mais conservant malgré tout un assez bon état général. L'inspection révèle, en outre, deux hernies inguinales réductibles, non douloureuses.

A la palpation de l'abdomen, il est possible de localiser un point douloureux assez net, paraissant invariable au cours des examens successifs, et correspondant au point pylorique. Toutefois, il faut ajouter que cette douleur, quoique moins vive, est cependant obtenue dans toute la zone pancréatico-cholédocienne. Pas d'ondes péristaltiques, pas de clapotage à jeun. Pas de mélènas apparents. La recherche des hémorragies occultes est positive.

Le foie n'est ni gros, ni douloureux. La rate n'est pas perceptible. A l'examen somatique des autres appareils, on trouve :

Appareil pulmonaire : En arrière et à droite, submatité du sommet avec retentissement intense de la toux sans signes cavitaires. En avant, sous la clavicule droite, quelques râles congestifs après la toux. A gauche : sonorité et respiration normales, sans signes adventices.

Le cœur n'offre rien de particulier à signaler.

Urines : Ni sucre, ni albumine.

L'examen du système nerveux est plus instructif : alors que les réflexes rotuliens paraissent normaux, le réflexe achilléen est faible des deux côtés. On peut même le dire aboli du côté gauche, de même le médio-plantaire. Les pupilles sont en myosis, irrégulières, la droite réagissant bien aux deux

modes, la gauche presque immobile. Il n'y a pas de troubles très marqués de la sensibilité cutanée, mais la sensibilité profonde est tout à fait émoussée : les manœuvres, telles que le renversement du gros orteil, ne suscitent aucun mouvement de défense de la part du malade.

On conclut de cet examen à des crises tabétiques avec ulcérations conditionnant les hémorragies.

Toutefois, comme d'ailleurs bien souvent, la spécificité est niée. L'examen des téguments et des muqueuses reste négatif. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative ainsi que le Hecht, ce qui ne doit pas faire infirmer l'existence d'une syphilis latente. L'examen du liquide céphalo-rachidien apporte des résultats intéressants :

Albumine	1 gr. 20.
Sucre	Hyperglycorachie.
Cytologie	Pas d'éléments cellulaires.
B. W.	Faiblement positif.

En résumé : Syndrome de douleurs gastriques paroxysmiques ayant débuté brusquement chez un malade sans passé gastrique. L'absence de relations entre l'apparition de ces douleurs et le mode ou l'horaire des repas, les caractères de soudaineté, d'acuité gravative et de disparition brusque de ces crises, les longues périodes de rémission pendant lesquelles ce malade vit en homme absolument normal, reproduisent le tableau bien classique des crises gastriques tabétiques.

La récente hématomérose qui est venue les compliquer est en faveur d'une lésion ulcéreuse gastrique, associée.

L'examen du système nerveux, en nous révélant, chez ce malade, des signes indubitables de tabes (faiblesse de l'achilléen gauche et du médio-plantaire g., inégalité pupillaire, troubles de la sensibilité objective et subjective, douleurs erratiques, Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien : positif avec hyperalbuminose très nette) est venu confirmer la nature de ces crises, que faisait déjà prévoir leur symptomatologie si spéciale,

Le traitement spécifique, chez ce malade, a donné des résultats remarquables, puisque sorti le 2 juin de l'hôpital, il est revenu se présenter à nous le 25 juin, ayant engraisé de onze kilos depuis le début de son traitement. Depuis cette époque, il n'a plus éprouvé aucune espèce de douleurs d'estomac et a repris son alimentation normale. Enfin, les symptômes d'ulcère qu'avait présentés ce malade ne sont pas réapparus : ni hématomèses, ni méléna n'ont été signalés. La recherche des hémorragies occultes est restée négative jusqu'à ce jour.

4 décembre. — Il nous a été possible de retrouver ce malade. L'état général continue à être excellent. Les digestions sont normales, il ne souffre plus du tout. S'il suit un régime, c'est en raison de sa dentition très défectueuse, pratiquement inexistante. Son seul traitement, c'est son sirop (sirop de Gibert) qui a remplacé les nombreuses poudres alcalines dont il n'obtint jamais que des soulagements passagers.

Par contre, il continue à éprouver quelques douleurs erratiques dans les membres et constate que sa vue baisse. Un examen plus complet du système nerveux paraît s'imposer.

Ulcère syphilitique gastrique et Tabès.

Dans les deux observations que nous venons de rapporter, les signes d'ulcère coexistaient avec des manifestations de tabes au début, qui, d'ailleurs, demandaient à être attentivement recherchées. En outre, chez l'un de ces malades, les caractères des paroxysmes douloureux imposaient le diagnostic de crises gastriques typiques.

De tels faits ne sont pas rares dans la littérature médicale, où le syndrome nerveux s'associe à des lésions ulcéreuses de la muqueuse. Ces lésions étaient niées par Charcot, qui cependant reconnaissait la possibilité d'hématémèses au cours des crises gastriques du tabes (crises noires). Froment et Tolot, dans une étude publiée en 1909 sur l'estomac des tabétiques ont entrepris la revision d'une telle opinion. Ils ont pu conclure, de l'ensemble des faits publiés à cette date,

« qu'il n'est pas rare de relever dans les protocoles d'autopsies des tabétiques la mention de lésions stomachales diverses, surtout lorsque les crises se sont accompagnées d'hématémèses. »

Sur le terrain clinique, Crouzon avait déjà signalé la coïncidence d'ulcère gastrique ou duodénal et de tabès. Des faits analogues ont été rapportés par Mad. Wayncop, par Ewald et Schuller, Mager, Pinelès, Weichselbaum. Plus récemment, M. Castaigne a publié d'intéressantes observations qui montrent chez certains syphilitiques, offrant des signes d'ulcères gastriques radioscopiquement vérifiés, la coexistence de signes frustes de tabes. Il conclut que l'ulcère syphilitique est parfois le premier stade du syndrome crise gastrique. Signalons encore les communications récentes de Crohn, de John W. Schumann, de Full et Friedrich. M. Bouchut a rapporté à la *Société de Chirurgie de Lyon* trois cas d'ulcère chez des syphilitiques atteints de gastro-radiculite.

Ces faits, diversement interprétés par les auteurs, posent la question des rapports de l'ulcus et du tabes.

Il est vraisemblable qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, comme le pense Crohn. Il paraît plus logique d'admettre, d'après ce que nous savons, qu'il s'agit de deux manifestations d'une même cause: la syphilis. Il est possible, même probable, que le facteur nerveux s'associe, dans ces cas, aux lésions inflammatoires spécifiques locales pour conditionner l'ulcération de la muqueuse gastrique. Pour M. Bouchut les lésions nerveuses expliqueraient la chronicité de

ce type d'ulcère et sa résistance à la médication spécifique.

Cette lésion ulcéreuse peut-elle, à son tour, être la cause de certaines crises, de même que les lésions spécifiques articulaires paraissent contribuer à la formation des arthropathies tabétiques ? Est-elle, comme le pense Castaigne, le premier stade du syndrome crise gastrique ?

Ce n'est pas l'opinion classique admise à ce jour, qui attribue aux crises gastriques une origine purement nerveuse. Cette opinion repose sur cette constatation habituelle de l'intégrité anatomique de l'estomac chez les tabétiques : les faits que nous avons signalés seraient l'exception ; dans la majorité des cas, l'estomac serait indemne de toutes lésions. On pourrait objecter à cette théorie que cette intégrité anatomique de l'estomac, qui paraît la règle, n'est peut-être qu'apparente, macroscopique, et qu'il se pourrait que des études microscopiques sérieuses, systématiques, des tuniques, des vaisseaux et des nerfs de l'estomac, ne démontrent le contraire.

Quoiqu'il en soit, et en attendant ces études histologiques nécessaires, il ne nous paraît pas invraisemblable de supposer que, dans les cas où l'ulcère existe, il ne puisse provoquer l'éclosion de crises gastriques et conditionner leur réapparition fréquente. Notre seconde observation paraît confirmer cette manière de voir, les crises n'ayant pas survécu à la guérison de l'ulcère par le traitement spécifique.

Il est probable, enfin, que les lésions nerveuses, plus ou moins étendues, qui accompagnent l'ulcère, sont,

pour une grande part, dans l'acuité de la réaction douloureuse et lui donnent son caractère de crise véritable.

L'étude qu'ont publiée récemment MM. Savignac et Alivisatos sur « l'ulcère gastrique à forme tabétique » paraît confirmer cette hypothèse. Dans cette variété d'ulcère, il est de règle de constater des lésions très étendues de névrite partant du foyer ulcéreux. Or, comme le disent si bien MM. S. Chauvet et Durand: Crise gastrique traduit, sans doute, toujours la même lésion nerveuse; mais la cause peut être différente : syphilis avec lésions médullaires ou radiculaires ou ulcus avec névrite consécutive.

Traitement.

Le traitement de l'ulcère syphilitique gastrique doit être précoce, pour prévenir l'apparition de complications graves ou la production de lésions scléreuses qui échapperaient à son action.

Ces réserves faites, le succès thérapeutique paraît indépendant du médicament antisypilitique employé. L'ulcère gastrique d'origine syphilitique dans ses formes simples est très sensible au traitement.

Fournier a obtenu de remarquables résultats avec l'iodure de potassium. Il est habituellement bien supporté par l'estomac de ces malades, mais risquerait par contre d'aggraver des lésions d'autre nature. C'est pourquoi il ne paraît pas indiqué de l'utiliser au début, pour le traitement d'épreuve.

Le mercure doit lui être préféré. On emploiera indifféremment les suppositoires, les frictions, les pilules, les injections de sels solubles. Il y aura quelquefois intérêt à combiner ces différentes méthodes, pour réaliser un traitement mercuriel multiple (Leven).

Que penser de l'emploi des arsénobenzènes dans les formes ulcéreuses de la syphilis gastrique ? Leur action congestionnante paraît peu désirable vis-à-vis de telles lésions : des hématomés graves paraissent avoir été provoquées par des injections de novarsénobenzol. Il serait imprudent d'employer d'emblée la médication arsenicale dans ces formes éminemment hémorragiques de la syphilis gastrique.

Le mercure ou le traitement mixte hydrargyro-iodique conserve donc ses indications. Le traitement arsenical interviendra ensuite, alors que ses effets congestionnants ne seront plus à craindre. Son action reconstituante et eutrophique complètera heureusement son action spécifique, chez ces malades amaigris, inanitiés, et souvent anémiés par les hémorragies qu'ils ont présentées (Favre).

Les résultats sont en général rapides, « magiques », disait Fournier, dans les formes ulcéreuses simples, d'origine gommeuse. On assiste alors à de véritables « résurrections ».

Par contre dans les formes indirectes de l'ulcus syphilitique conditionnées par des lésions vasculaires ou associées à des lésions nerveuses l'action du traitement est souvent incomplète, parfois nulle.

Dans l'un de nos cas, le traitement parut, tout d'abord, améliorer le malade. Succès trompeur, qui n'empêcha pas la perforation de l'ulcère. L'histopathologie révéla des lésions circonscrites, à type de linite, sur lesquelles M. le Professeur agrégé Favre a insisté, et qui furent probablement la cause de l'échec thérapeutique.

Les lésions scléreuses des ulcus anciens, ne relèvent plus du traitement spécifique, ni d'aucun traitement médical. Il faut envisager pour ces formes, comme d'ailleurs pour celles que n'a pu influencer la thérapeutique antisyphilitique, les indications chirurgicales possibles.

Les complications de l'ulcère relèvent également du domaine de la chirurgie. Si, dans quelques cas d'hémorragies graves, on peut essayer le traitement spécifique, on ne doit pas s'y attarder. Les hémorragies qui mettent en danger la vie du malade sont, avec la perforation intestinale justiciables de l'intervention immédiate.

CONCLUSIONS

I. — La pathogénie de curieuses ulcérations dont nous devons une si bonne description à Cruveilhier, et qui constituent l'ulcère rond de la muqueuse gastrique et duodénale, a fait l'objet de nombreux travaux. Parmi les facteurs, probablement multiples, susceptibles de provoquer l'ulcère gastro-duodénal, les recherches récentes ont permis de mettre en valeur le rôle de la syphilis.

II. — L'ulcère syphilitique gastrique se traduit par un ensemble de symptômes qui ne présentent aucun caractère spécial et vraiment distinctif. On ne peut établir par l'étude de la symptomatologie proprement ulcéreuse un diagnostic étiologique. Les hématoméses sont souvent très abondantes (forme hémorragique de la syphilis gastrique). Les particularités symptomatiques qui ont été enregistrées dans quelques cas d'ulcères syphilitiques, pour intéressantes qu'elles soient, n'ont pas encore été retrouvées avec une suffisante constance, pour qu'on puisse leur attribuer une valeur significative.

III. — La fréquence de l'ulcère syphilitique gastrique ne peut être encore exactement appréciée. Certains observateurs font de la syphilis le principal facteur de la maladie de Cruveilhier. Pour d'autres,

l'étiologie syphilitique est beaucoup plus rare. De nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider ce point particulier.

IV. — L'examen anatomo-pathologique a montré, dans les ulcères syphilitiques, des lésions artérielles importantes et l'existence de gommes dans les tuniques gastriques. Par sa circonscription, sa limitation, sa dépression centrale, l'ulcère ressemble d'ailleurs singulièrement à certains accidents de même ordre, que la syphilis produit au niveau des téguments : gommes, lésions tuberculo-ulcéreuses.

V. — La notion de l'ulcère syphilitique gastrique est fondée sur la coexistence, souvent notée, de l'ulcère avec d'autres manifestations évolutives de la syphilis. Elle est fondée également sur les bons effets du traitement spécifique.

VI. — Une coexistence dont il importe de noter l'importance et la haute signification est celle de lésions ulcéreuses gastro-intestinales et de lésions tabétiques. Cette association revêt des caractères particuliers par suite de la coexistence de crises gastriques et du syndrome ulcéreux proprement dit.

Nous rapportons deux cas de cette association.

VII. — Si un facteur nerveux peut intervenir pour provoquer les lésions ulcéreuses typiques des tabétiques, il faut reconnaître qu'il n'est pas le seul, et qu'il s'y joint des lésions inflammatoires de nature certainement spécifique. Pareille observation a été souvent faite, à propos d'autres accidents des tabétiques (arthropathies, aortites),

Dans un de nos cas, terminé par rupture, les tuniques gastriques, d'ailleurs extrêmement épaissies au pourtour de l'ulcère, présentaient une infiltration qui, par l'ensemble de ses caractères cytologiques, semble étroitement apparentée à la linite plastique. De tels faits posent la question des rapports de la linite dans ses formes circonscrites ou diffuses avec la syphilis, et montrent, en pathologie gastrique, comme on l'a observé en pathologie pulmonaire, la grande variété des réactions tissulaires et cytologiques, que l'inflammation syphilitique est susceptible de provoquer.

VIII. — Le traitement dans les formes ulcéreuses simples se révèle rapidement curatif. Le traitement de l'ulcère syphilitique associé au tabès peut présenter des difficultés tenant à cette association. Il n'a pas empêché, dans un des cas, que nous rapportons, la perforation de l'ulcère. Mais il y avait dans ce cas des lésions très particulières néo-formatives des tuniques gastriques.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
NICOLAS

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 26 Novembre 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

Pour les travaux antérieurs à 1920, nous renvoyons aux bibliographies très complètes des ouvrages suivants :

- BARBIER (P.). — Syphilis de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1903-04.
KURZENNE (E.). — Formes cliniques de la Syphilis gastrique chez l'adulte. *Thèse de Paris*, 1920-21.

I. - Publications françaises

- AUDRY. — Le processus histo-pathologique de la Syphilis. *Journal Médical Français*, 1921.
BARTHÉLEMY (R.). — Manifestations gastriques de la Syphilis. *Gazette des Hôpitaux*, 27 août 1921.
BAULOT (A.). — Contribution à l'étude de la Syphilis de l'estomac, à forme d'ulcère. *Thèse de Paris*, 1920-21.
BENSAUDE (R.) et RIVET (L.). — Les manifestations gastriques de la Syphilis. *La Médecine*, juillet 1922.
BOUCHUT. — Gastro-radiculite et ulcère de l'estomac. *Comm. à la Société de Chirurgie de Lyon*, 27 octobre 1921.
CADE et MORÉNAS. — Ulcus gastrique d'origine syphilitique. *XV^e Congrès Français de Médecine*, Strasbourg, 1921.
— Ibid. *Arch. des Mal. de l'appareil digestif*, t. XII, 1922.
CADE (A.). — Ulcère gastrique et syphilis. *La Médecine*, juillet 1922.

- CESTAN et RISER. — Hyperalbuminose isolée du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. *Annales de Dermato-Syphiligraphie*, Paris, octobre 1922.
- DURAND (G.). — Traitement de la syphilis gastrique. *Soc. de Thérap*, 8 mars 1922.
- FAVRE (J.). — Sur une modalité d'ulcère gastrique chez les syphilitiques. *Thèse de Lyon*, 1920-21.
- FAVRE (M.). — Syphilis de l'appareil digestif et de ses annexes. In tome XIX du *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée* d'Emile Sergent, Ribadeau, Dumas, Babonneix. Deuxième édition, en réimpression.
- GRENET (H.). — Syphilis et tube digestif, *Progrès Médical*, octobre 1923.
- JEAN (G.). — Crises gastriques du tabes *Lyon Chirurgical*, mai-juin 1921.
- JEANSELME. — Syphilis viscérale. *Revue générale Chir. et Thér.*, 1920, p. 116.
- LAMY (M.). — Gastro et entéro radiculites à forme continue chez les syphilitiques. *Thèse de Lyon*, 1920-21.
- LEMIERRE, GAUTHIER, RAULOT-LAPOINTE. — Particularités de l'image radioscopique dans un cas de syphilis de l'estomac. *Gaz. des Hôpitaux*, 10 mars 1921.
- LEVEN. — Traitement de la syphilis gastrique. *Soc. de Thérap.*, 9 juin 1920.
- LOEPER (M.) et BORY (L.). — A propos de la syphilis gastrique. *Journal Médical Français*, décembre 1922.
- LE NOIR et AGASSE LAFONT. — Syphilis gastrique. In *Nouveau Traité de Médecine* de Vidal, Roger et Teissier.
- NICOLAS et GATÉ. — La réaction de Wassermann du sang. — Sa valeur théorique. — Sa valeur pratique. — Ses méfaits. *Ann de Dermato. et de Syphil.*, 1920, p. 121.
- RAMOND (L.). — A propos d'un cas de syphilis gastrique. *Progrès Médical*, 4 janv. 1920.
- ROUX (J.-Ch.) et MATHIEU. — Syphilis gastrique. In *Pathologie gastro-intestinale*.

SAVIGNAC (R.) et AVILISATOS (A.). — Contribution à l'étude de de l'ulcus gastrique à forme tabétique. *Arch. des Mal. de l'App. Digestif*, tome XI, n° 2, 1921.

II. — Publications étrangères

CASTEX, MARIANO (M.). — La syphilis dans l'étiologie des ulcères gastriques et duodénaux. *Prensa Medica Argentina*, 30 octobre 1917.

— Syphilis hereditaria tardiva, Buenos-Ayres, 1920.

CROHN. — The existence of gastric ulcer with tabes dorsalis. *J. Anat. Med. Ass.*, vol. 77, p.2.031, 1921:

ESCUDERO: — Gastr. ulceratio-sifilitica. *Sem. Med.*, Buenos-Ayres, 1920.

FOWLER (F.). — Benign. gastric ulcer in a known syphilitic. *Surgery Gyn. Obst.*, mai 1921,

FULL (H.) et L. v. FRIEDRICH. — Ulcère gastrique et tabes. *Münchener Med. Wochenschrift*, 23 août 1922.

FURNO. — La sifilide gastr. *Riv. crit. di clin. med. Firenze*, 1920, t: XX.

GLASER. — Ueber Anacidität bei syphylitische Magengeschwür. *Medizin. Klinick*, Berlin, 2 octobre 1921.

JOHN W. SCHUMANN. — Tabes dorsalis and gastric ulcer. *J. Anat. Med. Ass.*, vol. 78, p. 105, 1922.

WILE. — Visc. syph. : syph. of the stom. *Arch. dermat. Chicago*, 1920:

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
L'Ulcère rond de Cruveilhier	11
L'Ulcère syphilitique gastrique	16
Observations	25
Ulcère syphilitique gastrique et Tabès	38
Traitement	42
Conclusions	45
Bibliographie	48
